



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

Primogestación mayor a 30 años asociada al cáncer de mama en el Instituto
Regional de Enfermedades Neoplásicas 2012-2017.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Médico Cirujano

AUTOR:
José Manuel Castillo Guevara (ORCID:0000-0003-2457-4167)

ASESORA:
Dra. Evelyn Del Socorro Goicochea Ríos (ORCID: 0000-0001-9994-9184)

LINEA DE INVESTIGACIÓN:
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

TRUJILLO – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A mi familia por el apoyo incondicional en estos largos años, a mis maestros por llevarme de la mano hacia mi desarrollo profesional, gracias.

AGRADECIMIENTO

A dios, por brindarme fortaleza en los momentos más difíciles de la carrera, a mis asesores de tesis, a la universidad CESAR VALLEJO, al IREN por permitirme desarrollar la presentes investigación y al Hospital la Noria por haberme acogido como interno de medicina en el término de mi carrera, a todos ellos, mis más sincero agradecimiento,



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

PROGRAMA ACADÉMICO DE INVESTIGACIÓN
JORNADA DE INVESTIGACIÓN N° 2

ACTA DE SUSTENTACIÓN

El Jurado encargado de evaluar el Trabajo de Investigación, PRESENTADO EN LA MODALIDAD DE: **Desarrollo de Tesis**

Presentado por don (a)

.....Castillo Guevara Josi Ingrid.....

Cuyo Título es: " Promoción Mayor a 30 años asociado al
Cáncer de mama en el Instituto Regional de Enfermedades
Neoplásicas 2012-2014.....

Reunido en la fecha, escuchó la presentación y la resolución de preguntas por el estudiante, otorgándole el calificativo de: 17.....(número) ...Diecisiete.....(letras).

Trujillo ~~07~~ de ~~setiembre~~ del 2019

.....
PRESIDENTE
DR. ALBERTO E. GUTIERREZ GHA
MÉDICO - CIRUJANO
C.M.P. 11154

.....
SECRETARIO
Alfredo Encarnación Gory
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 33559

.....
VOCAL

NOTA: En el caso de que haya nuevas observaciones en el informe, el estudiante debe levantar las observaciones para dar el pase a Resolución.

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ANEXO 02

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, José Manuel Castillo Guevara estudiante de la escuela Profesional de medicina de la Universidad César Vallejo, sede/filial Trujillo, declaro que el trabajo académico titulado "Etiopatología mayor a 30 años asociada al cáncer de mama en el Instituto Cajal de enfermedades respiratorias 2012-2017" presentada en 37 folios para la obtención del grado académico/título profesional de medico cirujano es de mi autoría.

Por lo tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo establecido por las normas de elaboración de trabajo académico.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresadamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.

Lugar y fecha: Trujillo 13 de Agosto 2019

Firma

Nombres y Apellidos

DNI: 42006553

José Manuel Castillo Guevara

CAMPUS TRUJILLO
Av. Larco 1770
TEL: (044) 486 3000 / 486 3001
FAX: (044) 486 010

Recibido por:
[Firma]
[Firma]
[Firma]

PRESENTACIÓN

A los miembros de jurado.

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Cesar Vallejo presento la tesis: PRIMOGESTACIÓN MAYOR A 30 AÑOS ASOCIADA AL CÁNCER DE MAMA EN EL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS 2012-2017.

La tesis planteada tiene como objetivo establecer la asociación de la edad mayor de 30 años con la primogestación en relación al cáncer de mama.

Así mismo, esperando que cumpla con los requisitos de aprobación para poder optar el título Profesional de Médico Cirujano.

Es cuanto puedo decir.

José Manuel Castillo Guevara

DNI: 42006553

ÍNDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Página del Jurado	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Resumen	ix
Abstract	x
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Realidad Problemática	1
1.2. Trabajos Previos.	1
1.3. Teorías Relacionadas al tema	3
1.4. Formulación al Problema	6
1.5. Justificación del estudio	6
1.6. Hipótesis	7
1.7. Objetivo	7
II. MÉTODO	8
2.1. Diseño de investigación	8
2.2. Variables, operacionalización	8
2.3. Población y muestra	9
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	11
2.5. Métodos de análisis de datos	11
2.6. Aspectos éticos	12

III. RESULTADOS	13
IV. DISCUSIÓN	16
V. CONCLUSIONES	18
VI. RECOMENDACIONES	19
REFERENCIAS	20
ANEXOS	24

RESUMEN

Este estudio estableció si la primogestación mayor a 30 años se asocia al cáncer de mama (CM). Con una población de 1500 mujeres en el IREN, y una muestra de 576 mujeres. Con resultados: se evidencio una diferencia significativa entre la primogestacion mayor a los 30 años de 23.3% con CM y de 38% sin CM. Además. Además una frecuencia de primogestación mayor a 30 años con el CM. Y una diferencia significativa en la edad y la paridad entre mujeres con y sin CM, donde se observa una edad media de 60.62 años de edad y una paridad media de 2.94 hijos en mujeres con cáncer, superior a la edad media de 49.47 años de edad y una paridad media de 2.45 hijos en mujeres sin CM. Las conclusiones: Existe frecuencia significativa en relación a la primogestación mayor a 30 años en mujeres con y sin CM, existe asociación entre la edad mayor a los 30 años y la primogestación en el desarrollo del CM, la primogestación mayor a los 30 años no significa un factor de riesgo y la media de edad de aparición de CM es a partir de los 60 años, con dos paridades.

Palabras claves: cáncer de mama, Primogestación, factor de riesgo

ABSTRACT

This study established whether primiparity in women older than 30 years old is associated with breast cancer (BC). The population consisted of 1500 women treated at IREN, and 576 were chosen as the sample. Results: There was a significant difference between primiparity in women older than 30 years old with BC (23.3%) and without BC (38%). In addition, a frequency of primiparity in women older than 30 years old with BC was detected. A significant difference was also found between age and parity in women with and without BC. It was shown that the average age of 60.62 years old and an average parity of 2.94 children in women with cancer is higher than the average age of 49.47 years old and the average parity of 2.45 children in women without BC. Conclusions: there is a significant frequency related to primiparity in women older than 30 years old with and without BC, there is a relationship between age being over 30 years old and primiparity in the development of BC, primiparity in women older than 30 years old does not represent a risk factor and the average age of onset of cancer is 60 years old, with two pregnancies.

Keywords: breast cancer, primiparity, risk factor

I. INTRODUCCIÓN

1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA

El carcinoma mamario es en la actualidad una enfermedad que tiene un alto impacto en el mundo. En América en el año 2017 se reportaron 252.710 nuevas neoplasias de mama que fueron diagnosticadas en las féminas¹.

En España se analizó la relación de la neoplasia de mama y el aumento de la incidencia en mujeres a partir de los 30 años hasta los 40 años, encontrándose que las mujeres de Barcelona que no han tenido hijos o inician su primogestación a partir de esa edad aumentan las probabilidades del cáncer de mama².

La neoplasia de mama es el más común en las féminas y ocupa el segundo lugar de causa de fallecimiento. En ellas, 408.000 fueron diagnosticadas y cerca de 92.000 féminas fallecieron por este mal en Las Américas en 2012. Se estima que aumente si siguen las tendencias de la actualidad. Siendo casi obligatorio entender que está asociado y que nos hace vulnerable a padecer este mal³.

El sistema sanitario del Perú, en el año 2013, reportó que el cáncer de mama es el segundo cáncer que más se presenta en mujeres, después del cáncer de cérvix en el departamento de la Libertad. El carcinoma de mama tiene una prevalencia del 11 %⁴.

En el año 2015 se realizó una investigación en el instituto del cáncer de Durango. Se encontró que los riesgos asociados a la neoplasia de mama es tener o haber tenido el primer hijo pasado los 30 años, esto aumenta tres veces la posibilidad de tener cáncer de mama tras obtener un RM=3,6, con un IC 95 % de 1.1- 11.55.

1.2 TRABAJOS PREVIOS

Johnsson A et al⁶. (Suecia, 2017): Realizó un estudio de cohorte prospectivo de base poblacional de 29,524 mujeres, entre los hallazgos se describe que la edad, en el nacimiento del primer hijo en las mujeres con cáncer de mama fue 28% (414/1506) comparado con el 26% en mujeres sin cáncer de mama (7288/28018) obteniéndose un OR=1.16 y un IC 95% 1.04, 1.30 (p<0.05).

Peña Y et al⁷. (Cuba, 2017): Estudiaron la relación entre los factores de riesgo de cáncer de mama en las féminas del área de salud, Delicias entre 2011- 2015. El estudio fue de casos y controles, que quedó conformado con 75 personas (25 casos y 50 controles). Lo que se analizó fue: factor genético familiar, climaterio tardío, terapia hormonal, menarquia precoz, alcoholismo, obesidad, no lactancia y la alimentación lipídica. Se encontró que los factores de riesgo de mayor asociación fueron: primogestación en añosas, consumo de cigarrillos, terapia hormonal y menopausia tardía.

Surdyka J et al⁸ (Polonia, 2014): Evaluaron la correlación entre algunos factores asociados y detección del cáncer de mama. El método aplicado fue de caso control, en 8014 mujeres de 50 a 69 años, participantes del estudio de detección del cáncer de seno. Reportaron que el 29.3% los cánceres de mama fueron diagnosticadas tempranamente. Además, el tener el primer hijo después de los 29 años de vida, estuvo presente en el 8.1% de mujeres con cáncer de mama y 6,6% de mujeres que no tuvieron neoplasia de seno con un OR= 1.33 [0.61; 2.90]; p=0.619. Llegando a la conclusión que el tener el primogénito pasado de los 30 años de vida no representa una asociación de riesgo para el cáncer de seno.

Grajales E et al⁹ (México, 2014): Estudiaron y analizaron los factores asociados para neoplasia de seno en las publicaciones en la última década en mujeres de México y México Americana. Fue una investigación cualitativa con diseño de casos y controles. La muestra fue de 23 artículos. Los resultados fueron que, de los 23 artículos, 18 fueron de casos y controles, 5 de estudios prospectivos y transversales analíticos; 3 de actividad física, 4 de obesidad y tipo de dieta; 4 con sustancia toxicas, 7 de alteraciones genéticas y 5 de historias familiar y lactancia. Lo que arrojo este estudio fue que el cáncer de seno es una enfermedad multifactorial, que en las mujeres mexicanas es relevante el aumento de peso, el sedentarismo y el antecedente genético. La concepción y la lactancia temprana de por lo menos 6 meses tienen un efecto protector.

Alsaker M et al¹⁰ (Noruega, 2013): Estudiaron los factores reproductivos que tienen un efecto sobre la neoplasia de mama y el pronóstico de la patología. Se realizó un estudio analítico en 16.970 mujeres con cáncer de mama invasivo y sus respectivos controles. Se analizó la neoplasia de mama y su asociación con la edad del diagnóstico, edad al

primer parto, el tiempo desde el último nacimiento y la paridad en mujeres diagnosticadas de cáncer a los 50 años o más. Se reportó que las mujeres cuyo primer embarazo fue posterior a los 30 años el riesgo de morir de cáncer situó una probabilidad de OR de 1.22 con IC 95% de 1.10–1.37; ($p < 0.05$).

Kotsopoulos J et al¹¹ (Estados Unidos, 2010): Evaluaron prospectivamente la asociación entre un número de exposiciones no hormonales y hormonales y riesgo de carcinoma de seno posmenopáusico mediante la Nurses' Health Study. Fue una investigación analítica multivariada retrospectiva considerando los tipos histológicos de la neoplasia de mama. En una muestra de 92,468 mujeres entre 30 a 55 años Entre los resultados se halló que la edad del primer parto ($p < 0.001$) se asoció al cáncer lobulillar. Las féminas que tuvieron su primer hijo después de la tercera década de vida tuvieron el riesgo de tener cáncer de mama del tipo ductal con un OR de 1.21 (1.09-1.35), mientras que el riesgo de tener cáncer de tipo lobulillar obtuvo un OR de 2.31 (1.79-2.99), ambos con significancia estadísticas ($p = 0.0001$). Concluyeron que la neoplasia de seno es una patología heterogénea y que existe asociación diferencial entre los factores de riesgo y el tipo histológico de la neoplasia.

Meshram II, et al¹² (India, 2009), estudiaron factores asociados con neoplasia de seno. Se realizó un estudio de casos y controles en población hospitalaria. El estudio consistió en 105 casos hospitalizados confirmados en la histopatología y 210 controles grupo emparejado sin cáncer. Encontraron que las mujeres cuyo primer hijo lo tuvieron pasado los 25 años tuvieron mayor riesgo de neoplasia de seno. La frecuencia de esta edad en los casos fue de 10.3% y en los controles de 6.4% con un OR de 2.59 y su IC 95% e 1.01- 6.55 ($p < 0.05$). Concluyeron que la edad tardía en la primera gestación a término se asoció significativamente con el riesgo de cáncer mamario.

1.3. TEORÍAS RELACIONADAS AL TEMA.

El cáncer es la multiplicación descontrolada de células debido a un desorden multifactorial causado factores ligados a la genética como no genéticos, donde los mecanismos de apoptosis se hallan suprimidas, activándose mecanismos de

protooncogénesis en las células del epitelio del tejido mamario que mantiene la propiedad de diseminación.¹⁴

Cerca el 15 % de las neoplasias mamarias ocurren en el sexo femenino antes de los 40 años de vida, específicamente en el embarazo, modificándose su frecuencia según el continente, siendo en algunos países africanos el cáncer mamario ligado a la gestación en el 26 %, mientras que en Estados Unidos la frecuencia porcentual es cerca del 4 %. Se ha determinado que el riesgo aumenta cerca de tres veces cuando la primogestación sucede posterior a los 20 años. Gran parte de estas neoplasias se presentaron dos años previos a su diagnóstico clínico. Incluso, las neoplasias diagnosticadas 12 meses posteriores al parto tal vez se hallaron en la gestación.¹⁵

Existen factores reproductivos que tienen relación con la neoplasia de seno. La edad juvenil del primer parto a término es altamente protectora contra el cáncer mamario de inicio tardío, pero cada embarazo, incluyendo la primera, aumenta la relación del carcinoma de seno de inicio precoz. Se desarrolla una cascada de reacción, activada por la gonadotropina coriónica durante el primer trimestre del embarazo, afectando el desarrollo morfológico y funcional del tejido mamario. La administración de antiinflamatorios no esteroideos en los primeros meses de destete protege contra el crecimiento tumoral mediante la reducción de la reacción inflamatoria aguda de post lactancia y remodelación del tejido mamario. El efecto protector de la lactancia materna prolongada explica en parte, por una reacción inflamatoria reducida debido al destete gradual. En cambio el retraso del primer parto con baja paridad y corta duración de la lactancia materna aumenta la tendencia del cáncer mamario en países desarrollados. Quienes tuvieron su primogénito pasado la tercera década de vida tuvieron un 22% mayor riesgo de cáncer mamario.¹⁶

Entre los factores de riesgo se halla la mutación de algunos genes ligados a la herencia paterna y materna. Asociándose entre el 10% y 15% de los canceres mamarios. Principalmente los genes a quienes se atribuye el cáncer mamario son la BRCA1 y BRCA2. El o la portadora de BRCA1 tiene entre el 80 a 85% de padecer cáncer mamario y un 62 % de probabilidad de neoplasia en ambas mamas. Otro factor es el antecedente personal de cáncer mamario, incrementando la posibilidad de padecer nuevamente cáncer

mamario en una zona distinta a la mama o en la otra mama. El exponerse a progesterona y estrógeno durante mucho tiempo también lo incrementa. La menarca previa a los 12 años y menopausia tardía, aumentan dicho riesgo. Las mujeres nulíparas o quienes tuvieron su primogénito después de los 30 años, tienen un mayor riesgo de desarrollar neoplasia de seno. Historia e tumoración mamaria benigna, especialmente la hiperplasia lobular atípica e hiperplasia ductal atípica.¹⁷

En la clasificación de los carcinomas se describen los grupos el primero es el Carcinoma in situ que representa entre el 10 al 30% del total de casos, cuyos subtipos histológicos son carcinoma ductal in situ que constituye la gran mayoría, y el carcinoma lobulillar in situ que representa casi la quinta parte de los casos. El segundo grupo es el carcinoma invasor cuya frecuencia se sitúa entre el 70 al 90%, donde los subtipos histológicos incluye el carcinoma ductal infiltrante constituyendo casi el 80%, seguido del subtipo lobulillar infiltrante con 10%, y en menor porcentaje se ubican el subtipo tubular, el coloide (mucinoso) infiltrante, el medular infiltrante y el papilar infiltrante.¹⁸

Para el diagnóstico y estadio del cáncer se ha aplicado la estadificación TNM, el cual se fundamenta en el tamaño alcanzado por la tumoración primaria (T), el conjunto ganglionar linfático regional (N), y presencia de tumoraciones metastásicas a distancia (M). Estableciéndose distintas combinaciones de T, N y M clasificándose cuatro estadios establecidos con números romanos como I, II, III, y IV considerando un orden ascendente de compromiso o severidad. Este sistema TNM comprende dos métodos: el clínico y el patológico, En el tipo clínico (cTNM), se basa en el examen semiológico inicial, es empleado para llevar a cabo el tratamiento primario. Referente al patológico (pTNM), se basa en los hallazgos anatomopatológicos posterior al acto quirúrgico, aporta información precisa acerca de la extensión de la neoplasia y es empleada para indicar el tratamiento coadyuvante y definir su pronóstico.¹⁹

Para el diagnóstico de neoplasia de mama en el país se realiza ciertos procedimientos entre los que se incluye el examen de mamas el cual debe realizarse de forma anual, toda mujer mayor de veinticinco años, incluso tras iniciar relaciones sexuales. Referente a la mamografía usada para tamizar, se debe realizar cada dos años en las féminas asintomáticas entre los 50 a 75 años de vida. Mientras que para el intervalo de 40 a 49

años debe ser de forma anual, considerando el criterio médico, evaluando la relación para el desarrollo de la neoplasia de mama. El uso de la ecografía mamaria, no es tomado en cuenta considerado para el tamizaje, se usa en féminas menores de treinta años o con mamas densas e historia familiar de primer grado según criterio médico. Se incluye el estudio anatomopatológico del tejido mamario extirpado de tejido sospechoso de neoplasias, considerándose como biopsia.²⁰

La medicina basada en evidencia según estudios, encuentran un aumento transitorio del riesgo de neoplasia de seno en los años inmediatamente después del embarazo, este incremento del riesgo observado tiene efecto a corto plazo, debido a que las hormonas producidas durante el embarazo que promueven la división celular y acelerar el crecimiento de los tumores neoplásicos. En este periodo ocurre una proliferación rápida de células epiteliales en la mama. Si ya ha ocurrido daño en el ADN en las células de la mama, su multiplicación contribuye a establecerse como cáncer durante este período de crecimiento y ser diagnosticado en algún momento durante o después del embarazo. El tiempo transcurrido entre la menarquia y el primer embarazo a término incrementa la probabilidad de que las mutaciones producidas en el ADN de las células epiteliales de la mama, continúen en las células que se proliferan, ocasionando así el cáncer de mama.²¹

22

1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe asociación entre primogestación mayor a 30 años y el cáncer de mama en el Instituto Regional de Enfermedades neoplásicas en el periodo del 2012 al 2017?

1.5. JUSTIFICACIÓN

La neoplasia maligna de mama, es una de las preocupaciones no solo de las mujeres, también para la su entorno familiar y la sociedad, por su impacto psicológico, anatómico y calidad de vida. Este tipo de cáncer es multifactorial, por tanto es importante evaluar los diversos determinantes de la salud que se involucran en su aparición, uno de ellos es la primo gestación en mujeres mayores de 30 años de vida, teniendo en cuenta que se incrementa la tendencia de postergar la primigestación a partir de la tercera década de vida.

El presente estudio podría corroborar si en nuestro escenario local, esta variable se convierte en factor de riesgo asociado al cáncer de mama, lo que llevaría a incluirlo dentro de las estrategias de prevención del referido cáncer y más aún iniciar el tamizaje en aquellas mujeres que tiene dicha característica con la finalidad de detectar precozmente. Evitando los gastos que conlleva su tratamiento en caso que se desarrolle y no diagnostique oportunamente.

1.6. HIPÓTESIS

Hi.-La primogestación mayor a 30 años se asocia con el cáncer de mama en el Instituto Regional de Enfermedades neoplásicas en el periodo del 2012 al 2017

Ho.- La primogestación mayor a 30 años no se asocia con el cáncer de mama en el Instituto Regional de Enfermedades neoplásicas en el periodo del 2012 al 2017

1.7. OBJETIVOS

General

Establecer si la primogestación mayor a 30 años se asocia al cáncer de mama en el Instituto Regional de Enfermedades neoplásicas en el periodo del 2012 al 2017.

Específicos

1. Comparar la frecuencia de primogestación mayor a 30 años en mujeres con y sin cáncer de mama.
2. Identificar la asociación entre primogestación mayor a 30 años con el cáncer de mama
3. Identificar la edad y paridad de la población femenina estudiada

II: MÉTODO

2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Fue una investigación retrospectiva de casos y controles

FACTOR	CANCER DE MAMA	
	SI	NO
PRIMOGESTACIÓN MAYOR A 30 AÑOS	A	B
PRIMOGESTACIÓN IGUAL O MENOR A 30 AÑOS	C	D

CASO. Mujer con Cáncer de mama con o sin primogestación mayor a 30 años.

CONTROL.- Mujer sin Cáncer de mama con o sin primogestación mayor a 30 años.

2.2. VARIABLE Y OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
VI: primo gestación mayor a 30 años	Es la edad materna avanzada' como aquella mayor de 35 años cuando ocurre la primera gestación	Se tomó en cuenta la formula obstétrica de gestaciones y embarazos que se encuentra en la historia clínica perinatal base. Y se clasifica A) primogestación mayor a 30 años. B) primogestación antes o igual a los 30 años	SI NO	Cualitativa Nominal

<p>VD:</p> <p>Cáncer de mama</p>	<p>es la multiplicación descontrolada de células de la glándula mamaria donde los mecanismos de apoptosis o se hallan suprimidas.⁴</p>	<p>Se consideró el dato del estudio anatómico patológico (AP) compatible con neoplasia maligna de mama</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Con AP compatible con cáncer de mama 2. Con AP o estudios que demuestren que no tiene cáncer de mama 	<p>SI</p> <p>NO</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>
--	---	---	-----------------------------------	----------------------------

2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.

Fueron consideradas 1500 mujeres aproximadamente atendidas en el consultorio de senos y tumores mixtos del Instituto Regional de Enfermedades neoplásicas en el periodo del 2012 al 2017

TAMAÑO MUESTRAL:

La muestra se calculó considerando la aplicación del estudio de caso control para lo cual se requirió la fórmula correspondiente a dicho estudio.²²

$$n = \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{c p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Z_{α} = Nivel de significancia (1.96)

$$Z\beta = \text{Potencia (0.84)}$$

p1 = Proporción de casos expuestos al factor de riesgo (0.103)

OR= Odds Ratio (2.59)

p2 = Proporción de controles expuestos al factor de riesgo (.042)

$$P = (p_1 + p_2)/2$$

C= relación de controles por cada caso (1 control por caso)

n= 288

Se consideraron 288 mujeres con cáncer de mama y 288 sin cáncer de mama, estableciéndose por cada caso dos controles, totalizándose 576 mujeres.

Muestreo

Se utilizó el tipo aleatorio simple tanto para los casos como para los controles.

Selección de la muestra de mujeres atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2012 a 2018

Diagnóstico de cáncer de mama	Población	Muestra
Positivo (Casos)	911	288
Negativo (Controles)	727	288
Total	1638	576

Unidad de análisis: Cada mujer atendida en el Instituto Regional de Enfermedades neoplásicas y que cumpla con los criterios de selección.

Unidad de muestreo: Cada historia clínica de las pacientes incluidas en el estudio.

3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión en los casos:

- Mujeres con cáncer mamario, confirmado con estudio anatomopatológico

Criterios de inclusión en los controles:

- Mujeres sin cáncer mamario, descartado por mamografía u otro medio de tamizaje para cáncer mamario

Criterios de exclusión para casos y controles.

- Mujeres cuyas historias clínicas contienen datos incompletos en las historias clínicas.
- Mujeres con antecedente de cáncer

3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos:

Técnica:

Análisis documental: observación de historias clínicas.

Procedimiento:

Se solicitó el permiso del director del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Posteriormente se pidió el listado de pacientes atendidas en el servicio de senos y tumores mixtos. Se seleccionaron las historias clínicas de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Se realizó la elección de las historias que fue en forma aleatoria a fin de establecer los grupos de estudio tanto para los casos, como para los controles. Se recopiló la data en la ficha de recolección de información (Anexo 1).

Instrumento:

El instrumento estuvo constituido por tres partes. Se inició con los datos de tipo general como el numeral del historial clínico, la edad y estado civil. La segunda parte contuvo datos sobre el cáncer mamario su presencia o no y la tercera parte incluyó si tiene o no la característica de primigestación a edad mayor a 30 años.

3.6. Validación y Confiabilidad del Instrumento:

Se realizó mediante el criterio de la opinión de profesionales con experticia, que incluyó 3 médicos de la especialidad de senos y tumores mixtos, para ver la pertinencia de los ítems de la ficha de recolección de datos.

3.7. Métodos de Análisis de Datos:

- **Estadística Descriptiva:** se obtuvieron los porcentajes de cada una de las variables
- **Estadística Analítica:** se aplicó la prueba no paramétricas (Chi Cuadrado), para establecer la diferencia entre las frecuencias observadas como las esperadas, agregándosele su significancia estadística con un valor de $p < 0,05$. Así mismo se incluyó el Odds ratio con su respectivo intervalo de confianza al 95%.²³

3.8. Aspectos Éticos:

Se contó con la aprobación del Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias Médica de la Universidad César Vallejo de Trujillo, así como la Comisión de investigación del Instituto regional de enfermedades neoplásicas. Para asimismo se respetó las normas descritas por la Asociación Médica Mundial, mediante las Normas de Helsinki²⁴

III.- RESULTADOS

Tabla N° 1

Comparar la frecuencia de primogestación mayor a 30 años en mujeres con y sin cáncer de mama.

Dato	Cáncer de mama				Diferencia	Prueba z de Diferencia de proporciones	
	Si		No			z	P
	n	%	n	%			
Primogestación >30 años	67	23,3%	111	38,5%	15.28%	-3,97	<.001
Tamaño de Muestra	288		288				

Fuente: Ficha de recolección de datos

Nota:

Z: valor normal estándar

p: Significancia

INTERPRETACIÓN: la proporción de primogestación mayor a los 30 años fue de 23.3% en mujeres con cáncer de mama y de 38% en mujeres sin cáncer de mama, evidenciando una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla N°2

Frecuencia de primogestación mayor a 30 años con el cáncer de mama en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN).

Primogestación	Cáncer de mama				Chi-				Odds Ratio	
	Si		No		Total		Cuadrado		OR	IC95%
	n	%	n	%	N	%	X²	p		
>30 años	67	23.3	111	38.5	178	30.9	15.74	<.001	.483	.337 - .694
<=30 años	221	76.7	177	61.5	398	69.1				
Total	288	100.0	288	100.0	576	100.0				

Fuente: Ficha de recolección de datos

Nota:

X²: Estadístico Chi cuadrado

OR: Odds Ratio

IC95%: Intervalo de confianza al 95%

INTERPRETACIÓN, se observa una proporción de primogestación menor o igual a los 30 años en 76.7% de mujeres con cáncer de mama y de 61.5% en mujeres sin cáncer de mama, evidenciando una asociación estadísticamente significativa, identificándose un Odds Ratio de .483 (IC95%: .337 - .694).

Tabla N° 3

Distribución de población con cáncer de mama según edad y paridad en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN).

Variable	Cáncer de mama				Prueba t	
	Si		No		t	P
	M	DE	M	DE		
Edad	60.62	12.45	49.47	9.07	12.14	<.001
Paridad (N° de hijos)	2.94	2.04	2.45	1.16	3.53	<.001

Fuente: Ficha de recolección de datos

Nota:

M: Media

DE: Desviación estándar

t: Estadístico t-Student

p: Significancia

INTERPRETACIÓN, se aprecia una diferencia estadísticamente significativa ($p < .05$) en la edad y la paridad entre mujeres con y sin cáncer de mama, donde se observa una edad media de 60.62 (12.45) años de edad y una paridad media de 2.94 (2.04) hijos en mujeres con cáncer, superior a la edad media de 49.47 (9.07) años de edad y una paridad media de 2.45 (1.16) hijos en mujeres sin cáncer de mama.

IV. DISCUSIÓN

El cáncer de mama, ocupa el segundo lugar como causa de mortalidad y primer lugar como morbilidad entre las neoplasias que afectan a las mujeres. El MINSA del Perú, en el año 2013, reportó que el cáncer de mama es el segundo cáncer que más se presenta en mujeres, después del cáncer de cérvix en el departamento de la Libertad. El carcinoma de mama tiene una prevalencia del 11 %⁴.

En la tabla N° 1, se observa una proporción de primogestación mayor a los 30 años de 23.3% en mujeres con cáncer de mama y de 38% en mujeres sin cáncer de mama, evidenciando una diferencia estadísticamente significativa. Este hecho también se evidencia en el estudio de Johnsson A et al⁶. (Suecia, 2017), quienes tuvieron una población de 29,524 mujeres, donde describe que la edad y el nacimiento del primer hijo en las mujeres con cáncer de mama fue 28% (414/1506) comparado con el 26% en mujeres sin cáncer de mama (7288/28018) obteniéndose un OR=1.16 y un IC 95% 1.04, 1.30 ($p<0.05$).

Por otro lado, en el estudio de Surdyka J et al⁸ (Polonia, 2014), se menciona que el tener el primer hijo después de los 29 años de vida, estuvo presente en el 8.1% de mujeres con cáncer de mama y 6,6% de mujeres que no tuvieron neoplasia de mama con un OR= 1.33 [0.61; 2.90]; $p=0.619$. Este último estudio es semejante al presentado en la tabla N° 2, donde se observa una proporción de primogestación menor o igual a los 30 años en 76.7% de mujeres con cáncer de mama y de 61.5% en mujeres sin cáncer de mama, evidenciando una asociación estadísticamente significativa, identificándose un Odds Ratio de .483 (IC95%: .337 - .694).

Esto reforzaría la hipótesis que el tener el primogénito pasado los 30 años de vida no representa una asociación de riesgo para el cáncer de mama, para la población estudiada. Nuestros resultados podrían ser corroborados con el sustento de Grajales E et al⁹ (México, 2014), quienes estudiaron mujeres de México, mencionando que el cáncer de mama es una enfermedad multifactorial, y que es relevante el aumento de peso, el sedentarismo y el antecedente genético como factor de riesgo. La concepción y la lactancia temprana de por lo menos 6 meses tendrían un efecto protector.

Por otro lado, Peña y colaboradores ⁷. (Cuba, 2017), estudiaron la relación entre los factores de riesgo de cáncer de mama en las féminas del área de salud, Delicias entre 2011- 2015. El

estudio fue de casos y controles, y que quedó conformado por 75 personas (25 casos y 50 controles). Concluyeron que los factores de riesgo de mayor asociación fueron: primo gestación en añosas, consumo de cigarrillos, terapia hormonal y menopausia tardía.

Desde el punto vista de salud pública, el cáncer de mama representa un problema mundial, es así que se necesita difundirse tamizajes de detección temprana, ya que la enfermedad genera impacto económico y una pobre sobrevida por su diagnóstico tardío.

En cuanto a la edad, se observa en la tabla N° 3, una diferencia estadísticamente significativa ($p<.05$) en la edad y la paridad entre mujeres con y sin cáncer de mama, donde la edad media es de 60.62 (12.45) años de edad y una paridad media de 2.94 (2.04) hijos en mujeres con cáncer, superior a la edad media de 49.47 (9.07) años de edad y una paridad media de 2.45 (1.16) hijos en mujeres sin cáncer de mama.

Estos resultados serían semejantes al estudio de Alsaker M et al¹⁰ (Noruega, 2013), quienes realizaron un estudio analítico en 16.970 mujeres con cáncer de mama invasivo y sus respectivos controles. Se analizó la neoplasia de mama y su asociación con la edad del diagnóstico, edad al primer parto, el tiempo desde el último nacimiento y la paridad en mujeres diagnosticadas de cáncer a los 50 años a más. Se reportó, que en las mujeres cuyo primer embarazo fue posterior a los 30 años el riesgo de morir de cáncer represento un OR de 1.22 con IC 95% de 1.10–1.37; ($p<0,05$).

V.- CONCLUSIONES

- Existe frecuencia significativa en relación a la primogestación mayor a 30 años en mujeres con y sin cáncer de mama.
- Existe asociación entre la edad mayor a los 30 años y la primogestación en el desarrollo del cáncer de mama.
- La primogestación mayor a los 30 años no significa un factor de riesgo para la población estudiada.
- La media de edad de aparición de cáncer de mama es a partir de los 60 años, con dos paridades.

VI.- RECOMENDACIONES

- Realizar un abordaje mayor de los factores de riesgo teniendo en cuenta la ubicación, raza, estilos de vida, etc. En la prevención de cáncer de mama.
- Difundir la información, ya que la edad y la primogestación no indican riesgo para cáncer de mama.

REFERENCIAS

1. American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2017-2018. Atlanta: American Cancer Society, Inc. 2017. (Citado 20 de setiembre del 2018). Disponible en: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2017-2018.pdf>
2. Blanco R. Cáncer de mama y maternidad. Rev Enfermería Global Abril 2011 (Citado 3 de abril del 2018); 22(1):12-16. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/clinica1.pdf>
3. Pan American Health Organization. Breast cancer can be detected early and treated effectively. Washington. PAHO/WHO. 2017. (Citado 20 de febrero del 2018) Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11266&Itemid=41587
4. Ramos M, Venegas D. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2013. Lima Ministerio de Salud: Dirección General de Epidemiología, 2013. (Citado 2 de marzo del 2018). Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
5. Sifuentes A, Castañeda L, Lugo M, Reyes M. Factores de riesgo asociados con el cáncer de mama en mujeres del estado de Durango, México. Ginecol Obstet Mex 2015;83:662-669. (Citado 19 de febrero del 2018). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom1511b.pdf>
6. Johnsson A, Broberg P, Johnsson A, Tornberg A, Olsson H. Occupational sedentariness and breast cancer risk, Acta Oncological 2017, 56:1, 75-80. (Citado 19 de Marzo del 2018). Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/0284186X.2016.1262547>
7. Peña Y , Macio M, Avila C, Utria L ,Mas Y.factores de riesgo para padecer cáncer de mama en la población femenina .Revista Finlay (Cuba) 2018;07(04)[consultado 2018 Marzo 22].Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000400008
8. Surdyka JA, Surdyka D, Stanisławek A, Starosławska E, Patyra KI. Selected breast cancer risk factors and early detection of the neoplasm in women from Lublin region attending screening program in St. John's Cancer Center, years 2005–2006. Ann Agric Environ Med. 2014; 21(4): 792–798. Dipsonible en: <http://www.aaem.pl/Selected-breast-cancer-risk-factors-and-early-detection-of-the->

- [neoplasm-in-women-from-Lublin-region-attending-screening-program-in-St-John-s-Cancer-Center-years-2005-2006,72199,0,2.html](#)
9. Grajales E, Cazares C, Díaz L, De Alva V. Factores de riesgo para el cáncer de mama en México: revisión de estudios en poblaciones mexicanas y México-americanas. CES Salud 2014; 5 (1): 50-58- (citado: 22/03/2018). Disponible en: http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/2786
 10. Alsaker M, Opdahl S, Romundstad , Vatten L. Association of time since last birth, age at first birth and parity with breast cancer survival among parous women: A register-based study from Norway. Int. J. Cancer 2013; 132: 174–181, Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/ijc.27593>
 11. Hou N, Ogundiran T, Ojengbede O, Morhason I, Zheng Y, Fackenthal J. Risk Factors for Pregnancy-Associated Breast Cancer: A Report from the Nigerian Breast Cancer Study. Ann Epidemiol. 2013 September ; 23(9): 551–557. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3770152/#!po=31.9444>
 12. Kotsopoulos J, Chen W, Gates M, Tworoger S, Hankinson S, Rosner B. Risk factors for ductal and lobular breast cancer: results from the nurses' health study. Breast Cancer Research 2010; 12(6):1-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3046451/pdf/bcr2790.pdf>
 13. Meshram II, Hiwarkar PA, Kulkarni PN. Reproductive risk factors for breast cancer: A case control study Online J Health Allied Scs. 2009;8(3):5. (Citado 9 de Marzo del 2018) Disponible en: <http://cogprints.org/6953/1/2009-3-5.pdf>
 14. Consejo de Salubridad General. Diagnósticos y tratamiento el cáncer de mama en segundo y tercer nivel de atención. México DF, Secretaria de Salud. 2009. (Citado 17 de Marzo del 2018). Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/232_IMSS_09_Ca_Mama_2oN/EyR_IMSS_232_09.pdf
 15. Torres F, Prada N. Cáncer de mama durante el embarazo. Rev Colomb Cir. 2011;26:285-292. (Citado 17 de Marzo del 2018). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v26n4/v26n4a6.pdf>
 16. Kobayashi S, Sugiura H, Ando Y, Shiraki N, Yanagi T, Yamashita H. Reproductive history and breast cancer risk. Breast Cancer (2012) 19:302–308. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3479376/pdf/12282_2012_Article_384.pdf

17. Granados M, Arrieta O, Hinojosa J. Tratamiento del cáncer: Oncología médica, quirúrgica y radioterapia. México DF. Editorial Moderno. 2016. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=RqrBCwAAQBAJ&pg=PT1280&dq=FISIO+PATOLOGIA+DEL+CANCER+EN+LA+MUJER&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiE8_fSsqXaAhVEvIMKHZN4BJ8Q6AEIKTAB#v=onepage&q&f=false
18. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Protocolo de Cáncer de mama. Unidad de Patología Mamaria. Madrid: Hospital Universitario Ramón y Cajal; 2013. Disponible en: http://www.seoq.org/docs/protocolo_cancer_mama_huryc.pdf
19. Acea B. Cirugía oncológica de la mama. 3ª edición. Madrid. Elsevier España. 2013. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=ivxH-QsFXQkC&pg=PT20&dq=oncologia+mamaria&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiE3pfFjbfaAhXpT98KHRBND_Y4ChDoAQglMAA#v=onepage&q=oncologia%20mamaria&f=false
20. Seguro Social De Salud – ESSALUD. “Detección temprana del cáncer de mama en ESSALUD”. Lima. Gerencia Central de Prestaciones de Salud Gerencia de Políticas y Normas de Atención. 2016. Disponible en http://www.essalud.gob.pe/ietesi/pdfs/guias/DIREC_DETECCION_TEMP_CANCER_R_MAMA.pdf
21. National Breast and Ovarian Cancer Centre. Breast cancer risk factors: a review of the evidence. National Breast and Ovarian Cancer Centre, Surry Hills, NSW, 2009. Disponible en https://canceraustralia.gov.au/sites/default/files/publications/breast-cancer-risk-factors-review-evidence/pdf/rfrw-breast-cancer-risk-factors-a-review-of-the-evidence_1.15.pdf
22. Union for international cancer control. Prevention: breast cancer risk factors and prevention. Washington. WHO/PAHO. 2014. https://www.fredhutch.org/content/dam/public/labs-projects/Science-Projects/bci2_5/pdf/UICC_Prevention_Risk_Factors_FA.pdf
23. Camacho J. Tamaño de muestra en estudios clínicos. AMC, enero-marzo 2008 (Citado 7 e marzo el 2018); 50 (1): 19-25 disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v50n1/3700.pdf>
24. Departamento de estadística. Bioestadística, estudios de casos y controles, Universidad Carlos III de Madrid. 8Citado 24 de febrero del 2018)2012.Disponible: http://halweb.uc3m.es/esp/Personal/personas/ama_lonso/esp/bstat-tema6.pdf

25. Universidad Autónoma de México. Casos y controles. México DF. Elsevier México. 2013 (citado 22 de febrero del 2018). Disponible en: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wpcontent/uploads/2013/12/Anexo-1C.-Argimon-PJ.Estudios-de-casos-y-controles.pdf>
26. AMM. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013, (Citado 20 de febrero del 2018). Disponible en: <https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiTtv2uvMAhXC4iYKHZ4aBFggaMAAurl=http%3A%2F%2Fwww.unav.es%2Fcdb%2Fammhelsinki2.pdf&usg=AFQjCNGPECrLyubMQrHHCQNXXOGJu55g&bvm=bv.121070826,d.cWw>

ANEXOS

ANEXO N° 1

La primogestación mayor a 30 años asociada al cáncer de mama en el Instituto Regional de Enfermedades neoplásicas en el periodo del 2012 al 2017

I. INFORMACIÓN GENERAL

- HISTORIA CLINICA N°:.....
- EDAD:CRONOLOGICA:

II.- CANCER DE MAMA

NO: ()

SI ()

TIPO HISTOLOGICO:.....

II. PRIMOGESTACION

- OCURRIO EN EDAD MAYOR DE 30 AÑOS ()
- OCURRIO EN EDAD IGUAL O MENOR A 30 AÑOS ()

Acta de aprobación de originalidad de trabajo académico



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ANEXO 01

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Dra Evelyn del Socorro GARCERAN ROS docente de la facultad Ciencias Naturales y Escuela Profesional De Pedagogía de la universidad César vallejo Trujillo (Precisar filial o sede).
"Yo delo constato que la tesis "Primer Semestre Mayor a la cual asistido o pasar de mano es el instituto Ricardo de Rivas delos semestres 2022-2023" del (de la) estudiante Jessy Nayra CASHUA GARCERA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 24.3% Verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El / la suscrito(a) analizó dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.



Lugar y fecha: Trujillo 31 Enero 2023

Firma EVELYN DEL SOCORRO GARCERAN ROS
Nombres y Apellidos del (de la) docente
DNI: 13810413

CAMPUS TRUJILLO
Av. Larco 7770,
Tel.: (044) 485 003 - Fax: 3008
Fax: (044) 485 019

Figura 1
@ucv_peru
#saludolante
ucv.edu.pe

Informe de Originalidad

La primogestación mayor a 30 años asociada al cáncer de mama en el Instituto Regional de Enfermedades neoplásicas en el periodo del 2012 al 2017

INFORME DE ORIGINALIDAD

26%

INDICE DE SIMILITUD

20%

FUENTES DE
INTERNET

10%

PUBLICACIONES

22%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Cesar Vallejo

Trabajo del estudiante

6%

2

Carolyn Bain, Tara Hayes Constant, Ines Contreras, Ana Maria Burga Vega, Jose Jeronimo, Vivien Tsu. "Model for Early Detection of Breast Cancer in Low-Resource Areas: The Experience in Peru", Journal of Global Oncology, 2018

Publicación

1%

3

Jolanta Anna Surdyka, Dariusz Surdyka, Andrzej Stanisławek, Elżbieta Starosławska, Krzysztof Ireneusz Patyra. "Selected breast cancer risk factors and early detection of the neoplasm in women from Lublin region attending screening program in St. John's Cancer Center, years 2005–2006", Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 2014

Publicación

1%

Autorización de publicación de tesis

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

Yo Sosa Manuel Castillo Guevara
identificado(a) con DNI 42.00.6553, egresado(a) de la Escuela Académico Profesional
de Medicina de la Universidad César Vallejo, AUTORIZO la divulgación y
comunicación pública total de mi trabajo de investigación titulado:
"Primo-gestaión mayor a 30 años asociada al
cancer de mama en el Instituto regional de enfer-
medades neoplásicas 2012-2017"
en la Revista Médica Vallejana de la Escuela de Medicina de la Universidad César Vallejo, con acceso
abierto (Open Journal System), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de
Autor, Art. 23 y Art. 33.

Observaciones:

.....
.....



FIRMA

DNI: 42 006553

Fecha: 2010/11/9

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE:

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

A LA VERSION FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

CASTILLO GUEVARA JOSE MANUEL

INFORME TITULADO:

PRIMOGESTACION MAYOR A 30 AÑOS ASOCIADO AL CANCER DE MAMA EN EL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NOPLÁSICAS EN EL PERIODO 2012-2017.

PARA OBTENER EL GRADO O TÍTULO DE:

MÉDICO CIRUJANO

SUSTENTADO EN FECHA: 7 de octubre del 2019

NOTA O MENCIÓN: DIECISIETE (17)

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN

